

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e] Matricole : 553 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUALI Fatima

Date de naissance : 13/03/43

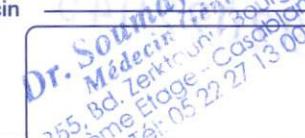
Adresse : 43, Rue Ahmed Al nessim - Palmer

Etage n° 1 - Appart n° 4

Tél. 06.63.88.51.51 Total des frais engagés : 1.352,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/2022

Nom et prénom du malade : EL OUALI FATHIMA Age : 13/03/43

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bonne santé depuis plusieurs mois

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 19/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Soumaya Sbai

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/11/22	C	-	200.00	Dr. Soumaya SATTI Médecin Dentiste 35, Bd. Zerktouni Casablanca 2eme Etage Tél: 0522 27 13 00
20/11/22	C	-	0	Dr. Soumaya SATTI Médecin Dentiste 35, Bd. Zerktouni Casablanca 2eme Etage Tél: 0522 27 13 00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE	19/11/22	1.052.20
ANPE	27/11/22	100.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																																
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553																					
H	25533412	21433552																																		
00000000	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553																					
H	25533412	21433552																																		
00000000	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
	<table border="1"> <tr> <td>[Création, remont, adjonction]</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				[Création, remont, adjonction]				Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											
[Création, remont, adjonction]																																				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553																					
H	25533412	21433552																																		
00000000	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
	<table border="1"> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				MONTANTS DES SOINS																															
MONTANTS DES SOINS																																				
	<table border="1"> <tr> <td>DATE DU DEVIS</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				DATE DU DEVIS																															
DATE DU DEVIS																																				
	<table border="1"> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				DATE DE L'EXECUTION																															
DATE DE L'EXECUTION																																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. SAATI SOUMYA**  
*Medecine Générale*  
**ECHOGRAPHIE**



الدكتورة سهيله سهيله  
الطب العام  
الفحص بالصدى

## *Casablanca, Le*

**PHARMED**  
LOT : 3576  
UT.AV: 10-25  
PPV: 21DH00

21.00

PPV 79DH70  
PER 07/25  
LOT L2535

29.70

100.80

100  
Jr. Soumaya SAATI  
Médicaments  
35, Bd. Zektouri Bourgogne  
28ème Etage Casablanca  
Tél: 22 22 27 13 00

DR. JOURNAL 1441  
Médecin à domicile  
55, Bd. Jérôme Espey  
75017 Paris  
Téléphone : Casablanca 2271100

Febreza Sachet  
M. Myself  
Azox 100  
Mampir  
rel

Pharmacie du Louvre  
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05  
pharmaciedulouvre@gmail.com



Casablanca , Le

Morawali

Fatima

PPV 79DH70  
 PER 06/25  
 LBT L2210

PPU 15DH30  
 EXP 08/2025  
 LOT 29044 3

PPU 40DH90

PPV: 49,60 DH  
 LOT: 22H22  
 EXP: 08/2025

49.60

W

W

ABx Poos  
 16-3  
 Nut Cloos  
 m 15 ✓ BC  
 Lasheen  
 15 VR  
 Drane fal  
 22 W 28  
 Drane fal  
 m-2

65.10

961 02 2022 02 2025  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

801.60

Dr. Soumaya SANTI  
Médecin Générale  
15 Bd-Zerktoun Casablanca  
3ème Etage  
Tél: 03 22 24 12 50

1.052.20 133,60

pharmacie du Louvre

36, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05  
pharmaciедulouvre@gmail.com

pharmacie du Louvre  
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05  
pharmaciедulouvre@gmail.com

Ulha le 23

m. J. 133.60

133.60 x6

Quatre x 60

m. J. 133.60

55.10

133,60

133,60

PPV 133.60  
LOT 22E001V  
PER 02/2025

PPV 133.60  
LOT 22E001V  
PER 02/2025

PPV 133.60  
LOT 22E001V  
PER 02/2028

PPV 133.60  
LOT 21E003  
PER 06/2024

PPV 133.60  
LOT 22E001V  
PER 02/2025

PPV 133.60  
LOT 22E002V  
PER 04/2025